

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号				1	2	3	2	2	4
被保険者氏名			被保険者番号									
			個人番号									
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日		性 別		男 ・ 女							
住 所	〒											
		電話番号										
福 祉 用 具 名		製 造 事 業 者 名		購 入 金 額		購 入 日						
(種目及び商品名)		指定販売事業者名		指定事業所番号								
				円		平成 年 月 日						
				円		平成 年 月 日						
				円		平成 年 月 日						
福祉用具が 必要な理由												
(あて先)酒々井町長 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 印												

注意 ・この申請書に、「領収証」及び「福祉用具のパンフレット」等を添付して下さい。
・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合				本店 支店 出張所 本所 支所			種目	口 座 番 号						
	金融機関コード				店舗コード			1普通預金 2当座預金 3その他							
	フリガナ														
口座名義人															